



2. Tipo de CAT

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO - CAT
(LER ATENTAMENTE AS ORIENTAÇÕES ANTES DO PREENCHIMENTO)

1- Emitente 1 - Empregador 4 - Segurado ou dependente	2 - Sindicato 3 - Médico 5 - Autoridade Pública
2 - Tipo de CAT 1 - Início 2 - Reabertura 3 - Comunicação de óbito em / /	

Empregado	3 - Razão Social/Nome			4 - Tipo 1-CGC 2-CEI 3-CPF 4-NIT			5 - CNAE										
	6 - Endereço Rua/Av/Nº/comp.		Bairro	CEP	7-Município		8 - UF	9 - Telefone									
Acidentado	10 - Nome			11 - Nome da mãe													
	12-Data de Nasc. 13 - Sexo 1- Masc 2 - Fem		14 - Estado civil 1-Solt. 2-Casado 3-Viúvo 4-Sep. Jud. 5. Outro 6 -IGN		15-CTPS/SérieData de emissão			16-UF									
	17 - Carteira de identidade Data da emissão Orgão Exp.			18-UF	19-PIS/PASEP		20-Remuneração Mensal										
	21-Endereço Rua/Av/Nº/comp.		Bairro	CEP	22-Município		23 - UF	24 - Telefone									
	25-Nome da ocupação		26 - CBO	27-Filiação à previdência Social 1-Empregado 2-Trab. Avulso 3-Seg. Especial 8-Médico resd.		28-Aposentado? 1-Sim 2-Não		29-Área 1-Urbana 2-Rural									
Acidente ou Doença	30-Data do acidente		31-Hora do acidente		32- Após quantas horas de Trabalho? Houve afastamento? 1-Sim 2- Não		34-Último dia de Trab.										
	35-Local do Acidente		36-CGC		37-Município do local do Acidente		38-UF	39-Especif. do local do acidente									
	40-Parte(s) do corpo atingida(s)			41-Agente causador													
	42-Descrição da situação do acidente ou doença						43-Houve registro policial? 1-Sim 2-Não										
							44 -Houve morte? 1-Sim 2-Não										
Testemunha	47 -Nome: Não houve testemunhas do ocorrido.																
	46 - Endereço Rua/Av/Nº/comp.		Bairro	CEP	47-Município		48 - UF	Telefone									
	49-Nome																
	50- Endereço Rua/Av/Nº/comp.		Bairro	CEP	51-Município		52 - UF	Telefone									
Atendimento	53 -Unidade de atendimento médico				54 - Data			55 - Hora									
	56-Houve internação? 1-SIM 2 - NÃO		57 - Duração provável do tratamento		58 - Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento ? 1- SIM 2- NÃO												
Diagnóstico com Lesão	59 - Descrição e natureza da lesão																
	60 - Diagnóstico provável						61 - CID - 10										
	62 - Observações																
Local e data									Assinatura do emitente								
63 - Recebida Em / /			64 - Código de unidade			65 - Número de acidente			Notas:								
66 - E reconhecido o direito do segurado à habilitação de benefício acidentário? 1 - Sim 2 - Não			67 - Tipo 1-Típico 2-Doença 3 - Tajueto			1 - A inexistência das declarações desta comunicação implicará nas sanções previstas nos Art. 171 e 299 do código penal. 2 - A comunicação de acidente do trabalho deverá ser feita até o 1º dia útil após o acidente, sob pena de multa. 3 - A comunicação do acidente do trabalho rege-se pelos Art. 134 do Dec. 2.172/97. 4 - Os conceitos de acientes do trabalho e doença ocupacional estão definidos nos arts. 131 a 133 do Dec 2172/ 97 5 - A caracterização do acidente rege-se-a pelo art. 135 do Dec 2172/ 97.											
68 - Matrícula do servidor			Matrícula			Assinatura do servidor											

A COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO.